Les mastopathies

Dr bouikni

Plan de la question

- Introduction, définition
- Rappels anatomo-physiologiques
- Aspects cliniques:

A. mastodynies
B. Tumeurs
C. Dystrophie kystique ou maladie fibrokystique
D. Papillome solitaire
E. Ectasie des canaux galactophores
F. Pathologie infectieuse et inflammatoire

- Diagnostique positif et différentiel
- conclusion

I. Introduction,définition:

le sein est un organe sexuel dont la morphologie et l'histologie sont en étroite relation avec les sécrétions hormonales ovariennes cyclique .

définition:

les mastopathies bénignes englobent les tumeurs bénignes , les hyperplasies ,les dysplasie ou ces trois

lésions associées chez la même patiente

C'est l'absence de malignité qui est le seul critère de

définition des mastopathie bénignes.

[redacted] agminée ; formée de plusieurs lobes , implantée dans le tissu adipeux de la paroi thoracique .

composée de trois formations:

- le parenchyme épithélial comportant les canaux galactophores et acini.
- le tissu conjonctif qui enveloppe des groupes d'acini pour former les lobules .
- le tissu graisseux où cheminent vaisseaux ,nerfs et lymphatiques.

La glande mammaire est organisée en une vingtaine de lobes dans lesquels se subdivise le système galactophorique.

les lobes se subdivisent en lobule « unité structurale de la glande mammaire ».

Le lobule est constitué de 10 à 100 acini ; regroupés autour d'un canal

collecteur et englobés de tissu conjonctif .

Ce dernier est soumis aux stimuli hormonaux oestro-progestatif.

PHYSILOGIE:

Le sein est un organe hormono -dépendant ;réagit au variations hormonales du cycle menstruel:

- ✓ les premiers jours : la chute de E2 et de PROG → régression glandulaire et conjonctive maximum
- ✓ Dés le 10 jour : E2 → prolifération des canaux galactophores

ainsi que du tissu conjonctif qui s'oedémacie

- ✓ Après l'ovulation , les acini réapparaissent et la P inhibe l'action des estrogènes sur tissu conjonctif.

Le développement de la glande mammaire selon l'âge :

considéré comme 1er signe de maturité pubertaire ;les premiers cycles

Anovulatoires ; l'action des estrogènes détermine le volume du futur sein .

À l'âge adulte : le tissu glandulaire régresse au profit du tissu adipeux

En péri ménopause : le tissu conjonctif devient fibreux ; l'évolution se fait vers la sclérose à la ménopause .

- *L'exploration hormonale des femmes atteintes de mastopathie bénignes a mis en évidence:*

➢ une insuffisance de sécrétion en progestérone ,constante .

une hyper ostéogénie relative.

➢ L'insuffisance lutéale a pour conséquences :

- une prolifération excessive des canaux galactophorique ;aboutit à la formation de nodules du sein.
- l'œdème du tissu conjonctif qui étrangle les cx galactophorique qui se dilatent et forme des kystes.

cette insuffisance résulte soit :

❑ fonction lutéale anormale (corps jaune anormal)

❑ anomalie de sécrétion des gonadotrophines hypophysaire ce qui entraine des dysovulation ou anovulation.

ASPECTS CLINIQUES

La symptomatologie est très varié il peut s'agir de:

Mastodynies ou mastalgies:

uni ou bilatérales , localisées au QSE ou diffuses

rythmée par le cycle ou permanentes

surviennent surtout chez les femmes anxieuses

l'examen clinique et explorations sont normaux

bilan hormonale retrouve déséquilibre oestro-progestatif.

les tumeurs:

l'adénofibrome du sein:

tumeur la plus fréquente se développe avant la ménopause et représente 70 – 90% des nodules de l'adolescente.

- ✓ cliniquement :

masse arrondie ,ovalaire bien circonscrite ,indolore ,ferme ,mobile aux deux plans ,plus svt unique et de taille inferieur à 3 cm.

- ✓ l' exploration:

l'échographie: image hypoéchogène ,homogène, ses limites sont régulière.

mammographie: opacité ,régulière, homogène(difficile à dépister dans un sein dense)

cytoponction: tumeur pleine et résistante (intérêt pour la surveillance)

✓la prise en charge: soit

La surveillance de 6mois à une année , la régression spontanée possible avant 20 ans .

Le traitement basé sur les progestatifs de synthèse ont pour effet une

Petite diminution de la taille .

La chirurgie est conseillée vers 25-30 ans devant une tumeur ≥ 3cm ou une augmentation franche du volume par crainte de la tumeur phyllode.

✓ L'évolution :

L'adénofibrome n'augmente pas le risque de cancer ,l'infarcissement rare et survient durant la grossesse.

L'adénofibromatose:

✓Devant l'existence de plusieurs adénofibromes uni ou bilaterale, de façon concomitante ou successive; plus fréquent chez jeune fille de race noire.

✓Le traitement médicale nous permet d'éviter une chirurgie délabrante

Avec des risques de récidive.

l'adénofibrome géant ou tumeur phyllode:

Tumeur très rare ,qu'on rencontre chez l'adolescente (Chinoise et Africaine) sa croissance est rapide au moment de la puberté pouvant dépasser 10 cm et la femme âgée ou l'atteinte peut être bilatérale et multiple.

C'est un adénofibrome géant 5cm ou de volume ≥ 5OO g

Phyllode : aspect foliacé(masse plypoide), classée en 3 grades:

grade 1: bénigne

grade 2: à malignité limite

grade 3: tumeur maligne

✓Clinique:

retrouve une tumeur volumineuse de consistance fluctuante; le sein est bosselé , bleuté .

✓L'échographie: image peu écho gène ;secteurs nécrosés bien détecté.

✓Mammographie: signes de bénignité.

➢Traitement: chirurgie d'exérèse complète.

➢L'évolution: risque de récidive dans les 5ans après chirurgie , intérêt du suivi

Régulier.

L'adénolipome: hamartome

Lésion bénigne ,pseudo tumeur ou fausse TM ; comporte en proportion variées des éléments fibro-épithéliaux et graisseux et constitue :

« un petit sein dans un sein » , se voit à tout âge .

✓Clinique:

masse bien limitée, mobile , molle , pouvant mesurer plus de 10 cm.

✓Mammographie: image typique en tranche de saucisson.

✓Traitement : l'exérèse si TM volumineuse ou douleureuse.

La dystrophie fibrokystique :

Appelée « maladie de Réclus » par les francophones , actuellement ils utilisent le terme de MASTOSE FIBROKYSTIQUE.

Plus fréquente chez la femme en péri ménopause et constitue un facteur de risque du cancer du sein.

➢L' étude anapath:

La maladie fibrokystique regroupe cinq lésions : la fibrose,les kystes, l'adénose sclérosante , l'hyperplasie épithéliale type canalaire.

La fibrose : au niveau du tissu conjonctif → étouffer les cannaux d es galactophore et les lobules; vont subir une distorsion et angulation d'ou formation de kystes et ectasie canalaire.

L'adénose sclérosante : les lobules se transforment en petite masse conjonctive rétractée.

L'hyperplasie épithéliale: pouvant aller de l'hyperplasie simple à l'atypie au carcinome in situ.

plan clinique:

grande variabilité il peut s'agir soit

- ✓ kyste solitaire
- ✓ tuméfactions multiples et bilatérales : constitués de petits kystes ou plus gros donnant la sensation de « sac de billes ou de noix: maladie de Réclus ».
- ✓ Soit placard mastosique hyperalgique (mastose pseudo-tumorale)

l'echographie : méthode de détection la plus efficace des kystes, montre Des lacunes transonores.

le papillome solitaire et multiples:

Il s’agit de végétations qui naissent dans les canaux galactophores

Clinique: se manifestent par

- un écoulement mamelonnaire typique uni pore, spontané ,séreux ou sérosanglants.
- Certains papillomes atteignent des dimensions palpables, plus de 3cm la malignité est probable.

le diagnostic radiologique repose sur l’echographie et mammographie

La cytologie: retrouve des cellules papillaires.

Le traitement est chirurgical.

L’ectasie des canaux galactophores:

Évoqués devant un écoulement mamelonnaire uni pore séreux sanglant séro-hématique ; TM papillaire probable.

ou pluriorificiels bilatérales , lactescent ou sereux.

L’évolution anodine en principe.

Le diagnostic est echo-mammographique.

La pathologie infectieuse et inflamatoire:

❑ **Kystes retro aréolaire:**

Fréquent chez l'adolescente .

Cliniquement: nodule rétro aréolaire indolore en dehors des poussées inflammatoires.

D'évolution favorable, régression spontanée .

❑ **Les abcès du sein**: peut être

1. Superficiel para ou sous aréolaire: cest l'infection des canaux galactophores proximales ,se draine par le mamelon ou par fistule

péri aréolaire.

1. Abcès profond: aspect inflammatoire du sein ,douloureux ,adénopathies axillaires .

L'évolution sous antibiotiques qui permet de differancier de la mastite carcinomateuse .

Le diagnostic:

positif:

affirmer la bénignité par confrontation des données clinique , le terrain

de déséquilibre endocrinien et ou psychique et l'exploration radio-cytologique.

Différentiel:

éliminer une pathologie maligne ou une métastase mammaire d'un

Lymphome non hodgkinien ,rhabdomyosarcome ou leucémie chez l'adolescente.

CONCLUSION:

les pathologie mammaires est souvent en rapport avec déséquilibre hormonale qu'il faudra traiter.

pour retenir la bénignité il faut éliminer une pathologie maligne.